UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1950 N° 95

LE RHUMATISME CHRONIQUE

" Maladie Invalidante "

Etude Médico-Sociale

THESE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1950

PAR

Robert COUSSE

MEMBRES DU JURY... MM. BOUNHOURE, *Président.*
VIRENQUE
DEODATI } *Assesseurs*
THOMAS
GAYRAL, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
R. LION
2, Rue Romiguières, 2
1950

LE RHUMATISME CHRONIQUE

" Maladie Invalidante "

ETUDE MEDICO - SOCIALE

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens honoraires	GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL — MM. MERIEL — MM. RIBAUT
LAFFORGUE — VALLOIS — SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathol. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	MM. COULOUMA
Physiologie	BAISSET (M.)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM. POULHÈS
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU

AGRÉGÉS

Médecine	MM. DARNAUD, GÉRAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT.	Chirurgie — MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie		MM. DEODATI
Physique Médicale		MARQUÈS
Obstétrique		PONTONNIER
Odonto-Stomatologie		MM. CADENAT
O. R. L.		CLAUX
Urologie		LHEZ (ch. d.f.)

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	LASSERRE
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et Géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiatrie	GAYRAL
Physiologie	COLOMBIÉS
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1950 N° 95

LE RHUMATISME CHRONIQUE

" Maladie Invalidante "

Etude Médico-Sociale

THESE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1950

PAR

Robert COUSSE

MEMBRES DU JURY... MM. BOUNHOURE, *Président.*
VIRENQUE
DEODATI
THOMAS
Assesseurs
GAYRAL, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
R. LION
2, Rue Romiguières, 2
1950

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

C'EST A LA MÉMOIRE

DE CELLE QUE J'EUS LA JOIE D'AVOIR POUR FEMME,

QUE JE DÉDIE CET OUVRAGE

... modeste témoignage de mon amour et de ma reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

avec ma fraternelle affection.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

qui ont bien voulu me soutenir et m'aider dans les heures pénibles.

Ils auront toujours mon amicale reconnaissance.

A TOUS MES CAMARADES

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUNHOURE,
Médecin en Chef des Hôpitaux,
Professeur de Médecine Sociale,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Pour la gentillesse avec laquelle il a su nous faire aimer le Sens Clinique et pour le très grand Honneur qu'il nous a fait de bien vouloir guider notre Travail et présider cette Thèse.

A NOTRE JURY DE THESE

A Monsieur le Professeur Agrégé VIRENQUE,
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
et d'Orthopédie,
Chirurgien des Hôpitaux.

Avec notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A Monsieur le Professeur DEODATI,
Professeur Agrégé d'Ophtalmologie,

que nous prions de trouver ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé THOMAS,
Chef des Travaux Pratiques d'Anatomie
à la Faculté de Toulouse,
Chargé des Cours d'Anatomie Chirurgicale.

que nous remercions d'avoir guidé nos premiers pas en Médecine et depuis, de nous avoir donné sa confiance et sa sympathie.

A Monsieur le Docteur GAYRAL,
Chargé de Cours à la Faculté,

en témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur RUFFIE,
Médecin des Hôpitaux.

pour la valeur de ses enseignements,
pour la clarté de son sens didactique
et très personnellement
pour l'amitié dont il nous a honoré
en toutes circonstances.

A TOUS NOS MAITRES ET PROFESSEURS

Avant-propos

INTRODUCTION A LA QUESTION
DEFINITION DU SUJET

La Maladie Rhumatismale, si difficile qu'il soit de la définir en elle-même, tant par suite de la multiplicité de ses formes anatomo-cliniques que des hypothèses étio-pathogéniques qu'elle a suscitées, la Maladie Rhumatismale, disons-nous, reste un centre d'intérêt puissant par l'existence d'un certain facteur invalidant qui, de nos jours, ne peut qu'intéresser conjointement le médecin, le sociologue et, par là, deux fois chacun de nous.

En effet, il nous est donné de constater que, chaque jour davantage, l'aspect médical d'une question s'intrique à l'aspect social de ses conséquences pratiques. Et les exemples sont multiples de maux humains qui, après avoir intéressé tout d'abord les disciples d'Asclaepios seulement, ont par la suite fixé l'attention du législateur et réuni sur le plan social le concours d'organismes d'initiative privée et enfin d'obédience publique. La tu-

berculose, le cancer, la syphilis en sont les témoins très actuels. Pour ces fléaux-là des efforts extraordinaires ont été faits, créant des centres de propagande, de dépistage, de cure médicale et chirurgicale, de réadaptation. Tous les pays semblent y avoir d'ailleurs participé à la fois, suivant leurs tendances socialisantes et l'importance de leur atteinte intérieure.

Partout la Médecine s'est déplacée d'un plan médical pur vers un plan médico-social.

C'est ainsi qu'à mesure que se perfectionnait le matériel d'attaque et de lutte contre ces premiers fléaux humains, la tendance faisait tache d'huile, et de nouvelles maladies tombaient sous la coupe de ces mesures.

Telle la Maladie Rhumatismale dont les découvertes sur l'âge préhistorique démontrent l'ancienneté et pour laquelle les controverses actuelles sur l'importance de son facteur Invalidant établissent l'actualité.

Ici, nous pensons qu'il est nécessaire pour définir notre sujet de développer quelques brèves considérations sur la Maladie Rhumatismale en général et sur ses formes chroniques invalidantes en particulier.

Sous le vocable de Rhumatisme Chronique Invalidant nous désignons :

L'ensemble des lésions du mesenchyme ostéo-articulaire et péri-articulaire évoluant sur le mode chronique ou subaigu, susceptible de déterminer des troubles fonctionnels, des douleurs, des ankyloses, des déformations, et aboutissant à une inva-

lidité permanente ou définitive, compte tenu, bien entendu, des possibilités de récupération sociale qu'apporte la thérapeutique anti-rhumatismale moderne.

Le problème, pour nous, est d'établir et de préciser dans quelle mesure le Rhumatisme doit être considéré comme un fléau social, analogue à la tuberculose, au cancer ou à la syphilis.

De nombreux savants se sont penchés sur ce problème avant nous, à l'étranger d'abord (dans les pays anglo-saxons ou nordiques), un peu plus tard en France. L'antécédence de ces travaux dans les pays scandinaves, froids et humides, n'a eu d'autre cause que le caractère impérieux même de tels travaux. Les conditions ethniques et climatiques font que la Maladie Rhumatismale y mérite à coup sûr la qualification de fléau social. Et les chiffres qui nous ont été fournis par ces auteurs ne manquent pas d'éloquence.

En France, ces études furent postérieures, car la maladie n'offrait pas sans doute de dangers identiques, du moins sous l'angle de sa fréquence ou de sa répartition.

De très remarquables rhumatologues attachèrent par leurs travaux et leur compétence leur nom à la Rhumatologie. Après la création, en 1926, de la Ligue Internationale contre le Rhumatisme et se basant sur des statistiques anglaises et scandinaves, ces auteurs dénoncèrent les rhumatismes comme fléau social et tentèrent d'équiper la lutte antirhumatismale.

Le succès de ces efforts fut simplement relatif :

— Les chiffres de base n'étaient pas nôtres;

— Ils ne tenaient pas compte de notre position sous une latitude tempérée, non plus que des améliorations thermiques et hygrométriques susceptibles de se rencontrer en allant du Nord vers le Sud;

— De plus, point de séparation n'était faite entre Rhumatismes et Rhumatismes Chroniques, invalidants, et la discrimination n'existait pas quant aux charges sociales entre le fléau « Rhumatisme-Maladie » et le fléau « Rhumatismes Chroniques ».

En sont-ce là les causes?

En tous cas, nous avons exposé du même coup les motifs et le mobile même de notre travail.

A la cause de la Rhumatologie nous apporterons des chiffres, des statistiques régionales qu'a bien voulu nous fournir notre maître, le Professeur Bounhoure.

Ces statistiques sont réparties sur dix années de recherches et portent ainsi en elles toute leur valeur. A leur lumière il nous a été permis de constater que l'invalidité légale dans le Rhumatisme Chronique n'offrait qu'une importance bien moindre (compte tenu de nos appréhensions) ainsi que nous le montrerons par la suite.

Notre étude comprendra, hormis un bref rappel historique, cinq parties principales :

— Un exposé des textes déterminant en France le concept de l'Invalidité.

— Une étude clinique et schématique de quelques formes anatomo-cliniques du Rhumatisme Chronique Invalidant.

— Un exposé de la conception étrangère actuellement admise sur l'importance médico-sociale de l'Invalidité Rhumatismale.

— Notre étude statistique de l'ensemble des cas observés pendant une dernière décade, à la Sécurité Sociale de la région toulousaine.

— Nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Rappel historique

Sous l'angle de l'ancienneté, il est difficile de douter, ainsi que le dit notre grand clinicien RAMOND, que le Rhumatisme ne soit la plus vieille maladie du monde.

Déjà la paléonthologie nous permet d'affirmer, pièces en main, si l'on peut ainsi dire pour des ossements, que le Rhumatisme Articulaire, Chronique tout au moins, existait déjà chez nos ancêtres de la période néolithique.

Le mal ne dut pas disparaître, car ce furent ensuite des squelettes égyptiens de la IIIe dynastie qui livrèrent à Sir Armand Ruffer les traces de leurs lésions articulaires.

Plus tard encore, l'Empire Romain ne fut pas sauvegardé davantage des atteintes de l'Arthrite Chronique, et, après Hippocrate, c'est de Galien (200 ap. J. C.) que nous sont parvenues les plus anciennes descriptions cliniques.

Sans doute, à cette époque encore, le même vocable couvrait-il, sous une dénomination unique,

des affections voisines, quelques diathèses... Car ce n'est qu'au Français Baillon (ou Ballonius), à la fin du XVIe siècle, ou plus volontiers au célèbre Sydenham que l'on accorde le mérite d'avoir séparé en terminologie et en clinique le Rhumatisme d'autres affections que l'on mêlait de bon gré jusqu'alors.

C'est en 1800 que Landre-Bauvais détachait plus complètement le concept actuel de notre « Maladie Rhumatismale ».

Trente-quatre ans plus tard Bouillaud nous donne sa description du Rhumatisme Articulaire Aigu dans une page restée classique.

En 1853, ce fut Charcot qui fit du Rhumatisme une entité nosologique et qui fixa ses formes cliniques principales.

Ensuite, c'est Pierre Marie qui, à la fin du siècle, nous donne la description de la spondylose rhizomélique et André Leri celle de la coxarthrie après la Grande Guerre.

D'autre part, nous savons l'essor remarquable que la fin du dernier siècle et le début du nôtre donna à la bactériologie.

Nous connaissons les recherches innombrables en vue de mettre à jour le virus spécifiquement responsable. Nous savons les travaux d'Aschoff... Puis nous avons abordé une à une toutes les théories étio-pathogéniques aux fortunes diverses, jusqu'à celle de l'« Infection Focale » (1913) de Billing puis Rosenow, et celle de l'« Allergie » de Weimtrand, Rossle et Klinge, la plus récente en date.

Mais ce serait déborder le cadre de notre sujet que de les envisager en elles-mêmes.

Soulignons cependant que c'est vers 1920 que l'on commença à considérer la gravité et les conséquences sociales du Rhumatisme Chronique. Les Suédois furent les premiers à établir des statistiques exactes et instructives. Ainsi ils donnèrent l'alerte aux autres pays. On commença à parler de « Rhumatologie », on instaura la lutte contre cette maladie, une lutte officielle, scientifique.

En 1926, la Ligue Internationale contre le Rhumatisme fut constituée avec son secrétariat général à Amsterdam et avec ses sections dans la plupart des pays du monde.

Dans des villes de Facultés on institua des « Journées du Rhumatisme ». Enfin, tous les ans, des Congrès Internationaux ont lieu, où se rencontrent les maîtres les plus notables de la Rhumatologie.

Ainsi peu à peu se sont quand même reserrés autour de ce mal l'étreinte du chercheur, la cure du médecin, l'effort de tous. Petit à petit, la cause du Rhumatisme a subi l'assaut de la recherche sur le plan de la collectivité.

Du même coup, l'ensemble de ces faits réalisait l'extension médico-sociale du problème : chercher dans la collectivité, guérir la collectivité, prévenir pour la collectivité.

C'est à ce point que nous retrouvons le problème. Notre souhait est que notre travail, par l'exactitude de ses données, soit une pierre apportée à ce grand édifice.

CHAPITRE II

Le Concept de l'Invalidité

Il est incontestable, surtout à première vue, que les Rhumatismes Chroniques ont un grand retentissement sur une nation, sur sa population active et en particulier sur les travailleurs salariés. Au même titre que les plus dispendieuses, le rhumatisme est une maladie qui nécessite une infinité de soins répétés, de médications souvent onéreuses, de cures thermales, de radiographies, d'examens de laboratoire. Pour tout cela des journées de travail sont obligatoirement perdues, des frais engagés. De plus, si à bout de thérapeutiques, la guérison ne peut être escomptée, si une incapacité suffisante s'installe, l'Invalidité proprement dite viendra prendre son rang : Une pension sera allouée à l'invalide.

L'ensemble de ces frais pris en charge par l'Etat sera à coup sûr un lourd fardeau tant pour l'économie nationale que pour la Sécurité Sociale en particulier. Ceci est incontestable; mais le con-

sidérer c'est aussi du même coup être contraint de discriminer entre deux charges : le Risque-Maladie et le Risque-Invalidité.

Le premier, inhérent à l'existence même du mal, est inévitable jusqu'à concurrence d'une thérapeutique radicale; le second, conséquence éventuelle de son évolution, peut seul constituer une charge superflue et très lourde pour nos services publics et nos Caisses de Sécurité Sociale.

C'est donc cette Assurance Invalidité qui va retenir toute notre attention.

Quelles formes anatomo-cliniques de la Maladie Rhumatismale en sont génératrices? Quelle est la fréquence de cette invalidité dans le monde et plus particulièrement en France? Nos prochains chapitres feront la lumière sur ces points. Ici s'impose, afin de bien cadrer notre question, une définition précise de l'Invalidité. Nous irons donc la chercher dans les textes.

L'Ordonnance du 19-X-1945, titre II, chap. V, à l'article 51, nous fait connaître :

> « L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire, le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au 1/3 de la rémunération normale perçue, dans la même région, par les travailleurs de la même catégorie dans la profession qu'il exerçait avant la première constatation médicale de la maladie ou de l'accident ou de l'état d'invalidité.
>
> L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail

restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle ».

A l'article 52, nous trouvons :

« En cas de constatation sur l'état d'invalidité, celui-ci est apprécié par une commission constituée pour chaque région dans les conditions fixées par un arrêté du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et comprenant obligatoirement un médecin désigné par l'assuré et un médecin désigné par la caisse régionale de Sécurité Sociale ».

L'aritcle 55 précise :

« En vue de la détermination du montant de la pension, les malades sont classés comme suit :

1° — Invalides capables d'exercer une activité rémunérée.

2° — Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque.

3° — Invalides, qui étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ».

Puis l'article 56 complète :

1° — Pour les invalides du premier groupe, la pension est égale à 30% du salaire annuel moyen des dix dernières années d'assurance précédant la première constatation médicale, soit de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'invalidité, soit de l'état d'invalidité.

2° — Pour les invalides du deuxième groupe, la pension est égale à 40% du

salaire défini au paragraphe précédent.

3° — Pour les invalides du troisième groupe, elle est égale au montant prévu au paragraphe 2 majorée de 20%.

4° — La pension d'invalidité ne peut être inférieure à 7.200 fr.

5° — Cette pension peut être revisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé ».

Voici donc précisée cette notion d'Invalidité ainsi que le barème des pensions qui s'y rattachent.

Voyons encore les derniers aménagements prévus par la loi.

Article 57 :

« L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité a droit sans limitation de durée aux prestations de l'« Assurance-Maladie ».

Pour les prestations en nature la loi prévoit les mesures suivantes :

PRESTATIONS EN NATURE :

1° — *Antérieurement à la décision de la Caisse Régionale :*

Dès que la demande de pension est formulée par la Caisse Primaire et jusqu'à la date à laquelle la Caisse Régionale notifiera sa décision, les prestations en nature de l'Assurance-Maladie ou de l'Assurance Longue Maladie continuent d'être servies par la Caisse Primaire (article 56 R. A. P.)

2° — *Après accord de la pension :*

Aux termes de l'article 57 de l'Ordonnance du 19-X-45 et de l'article 40 du

R. I. provisoire des Caisses Régionales, l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité a droit pendant toute la durée de son invalidité aux prestations en nature de l'Assurance-Maladie (déduction faite du ticket modérateur).

3° — *Après suspension ou suppression de la pension :*

En cas de suspension ou de suppression de la pension, le droit aux prestations en nature peut être maintenu pour l'affection invalidante. La dispension du ticket modérateur prévu par l'arrêté du 25 juin 1948, ainsi qu'il est dit au § 2 ci-dessus, est accordée à tout assuré titulaire d'une pension d'invalidité, quelles que soient les modifications intervenues dans le service de la pension, c'est-à-dire, même si la pension est suspendue ou supprimée et que le droit aux soins a été maintenu.

En résumé, nous pouvons dire que tout invalide a droit à une pension d'invalidité accordée après expertise des Assurances sociales. Le taux de la pension est fixé d'après le degré d'invalidité. Il a droit à tous les soins nécessaires sans application du ticket modérateur. Ainsi donc, il ne participe pas aux frais aussi bien pour les cures thermales que pour les appareillages nécessités par son état d'invalidité.

Ces considérations médico-légales vont nous permettre d'aborder l'aspect clinique du Rhumatisme Chronique Invalidant.

CHAPITRE III

Délimitation des formes anatomo-cliniques du Rhumatisme Invalidant

Après l'évolution des idées sur la Maladie Rhumatismale, Costes-Forestier et les rhumatologues anglo-saxons avaient été conduits à établir la division des cas en trois grands groupes :

— les arthrites inflammatoires, infectieuses ou allergiques.

— les arthroses dégénératives.

— les Rhumatismes neurotrophiques, mal connus.

A l'heure actuelle, l'unité de la Maladie Rhumatismale chronique semble se faire autour de la notion de « Mesenchyme Articulaire » dont les modalités réactionnelles vis-à-vis les agents d'agression les plus divers sont peu nombreuses et non spécifiques : troubles du métabolisme calcique, ostéophytose, dégénérescence du cartilage de conjugaison, transformation fibreuse, surtout péri-articu-

laire, aboutissant aux déformations, aux limitations du jeu articulaire, aux ankyloses.

Nous exclurons par définition du cadre du Rhumatisme Chronique toutes les affections osteo-articulaires chroniques d'étiologie spécifique : tumorale, syphilitique, tuberculeuse, névropathique.

La délimitation avec le Rhumatisme Articulaire Aigu est plus difficile. Si la Maladie de Bouillaud s'exclut naturellement, les pseudo-rhumatismes infectieux de Lassègue d'évolution aiguë et d'étiologie variable (scarlatins, ourliens, dysentériques, focaux, sériques, etc...) peuvent laisser des sequelles chroniques.

En résumé, nous éliminerons de notre description tous les aspects cliniques du Rhumatisme Chronique qui aboutissent à de simples suspensions temporaires de travail, qui rentrent en somme dans le Risque Maladie, toutes les manifestations permanentes qui, spontanément ou grâce à la Thérapeutique, permettent la persistance d'une activité professionnelle suffisante.

Pour plus de clarté dans notre exposé nous diviserons le Rhumatisme Chronique Invalidant en deux grandes classes :

— une classe des formes généralisées
— une autre des localisées

et nous envisagerons succintement chacun des cas dans sa catégorie.

I — Formes Généralisées

Rhumatisme chronique progressif encore dénommé Maladie de Charcot. Il est inutile de revenir sur la description clinique de ces cas, autrefois réunis et groupés à Paris à la Salpetrière. Ces grands malades grabataires sont faciles à reconnaître : leurs mains noueuses, déformées en coup-de-vent sont caractéristiques. Des déformations analogues se voient au niveau des pieds. Toutes les articulations similaires sont plus ou moins touchées. Les mouvements sont nuls ou fortement limités au niveau des tibio-tarsiennes, des genoux, des poignets, des coudes...

L'atrophie musculaire est souvent importante, masquée parfois par l'adiposité ou un œdème. Les hanches, les épaules, les temporo-maxilaires sont touchées en dernier lieu.

La maladie est acromielique, débutant aux extrémités, remontant peu à peu.

Ces grands infirmes doivent être assistés même dans les actes les plus élémentaires de la vie. Et, peu à peu survient la cachexie, la néphrite ou la broncho-pneumonie terminale. D'ailleurs, bien avant cette période, les douleurs, l'immobilisation articulaire, la perte des forces, entravent l'activité professionnelle et posent la question de l'Invalidité.

La Polyarthrite progressive subaiguë, qui est réputée maladie de la femme à la ménopause, se rencontre aussi de 25 à 35 ans et, parfois même chez l'homme.

Elle procède par poussées évolutives subaiguës avec amaigrissement, subfébrilité, anémie, accélération de la vitesse de sédimentation globulaire, frappant d'abord les doigts et les articulations des poignets, s'étendant ensuite à toutes les articulations.

La radiographie du poignet est dès le début un très bon test : l'aspect décalcifié et soudé des os du carpe permet de reconnaître très précocement cette maladie invalidante.

Elle peut être secondaire à un rhumatisme aigu inflammatoire, focal. La tuberculose, la blennorragie, la Fièvre de Malte peuvent avoir été en cause au départ. Mais elle nous apparait primitive et l'action curieuse de la Cortisone l'apparente aux affections endocriniennes.

La Spondylose Rhizomélique constitue aussi un cadre bien défini. Frappant les sujets jeunes et quoique douloureuse, elle paraît d'abord bénigne Elle est reconnaissable dès l'abord à ses aspects radiologique sacro-iliaques particuliers et à sa syndesmophytose. Après plusieurs poussées évolutives, si la thérapeutique n'intervient pas, le malade prend un aspect caractéristique, courbé en Z, le dos rond, la face vers la terre... L'infirmité permanente et si difficilement réductible s'établit. Cependant, contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'invalidité reste tardive car la marche est possible, les mains sont libres, les douleurs du début disparaissent. On voit de tels malades, qui passent pour de grands infirmes, se livrer pendant très longtemps à des occupations lucratives.

II. — Les Rhumatismes Localisés

Ce sont peut être les plus fréquents, soit en tant que sequelles d'arthrites aiguës, surtout blennorragiques, plus rarement tuberculeuses, traumatiques, focales ou hemophiliques, soit en tant qu'affections d'emblée dégénératives, frappant une articulation de celles qui supportent le plus de poids.

Tel est le genou où la maladie prend souvent l'aspect de la *lipo-arthrite* chez la femme obèse de la ménopause, et surtout la hanche, où se développe le tableau classique de la *coxarthrie* de Léri, plus rarement la tibio-tarsienne. L'atteinte des articulations des membres inférieurs est assez souvent invalidante dans nombre de professions. Mais c'est la coxarthrie qui est la plus invalidante. Au niveau du membre supérieur le rhumatisme, si fréquent aux mains, n'est en général qu'un élément d'un tableau généralisé.

C'est à l'épaule que l'on trouve l'exemple classique d'un rhumatisme peri-articulaire, sous la forme de *Peri-Arthrite-Scapulo-Humérale,* très douloureuse, très persistante et très invalidante pour le manouvrier.

Le Rhumatime Vertébral Dégénératif semble cliniquement le plus fréquent de tous et l'on est parfois surpris de sa remarquable tolérance. En effet, l'on rencontre souvent sur les radiographies de gens normaux d'énormes ostéophytes silencieux. Mais l'invalidité apparaît lorsque se trouvent constituées les névralgies brachiales de la cervicarthrose et les

sciatiques par hernies discales de la lombarthrose. Ici le rhumatisme se camoufle derrière l'aspect neurologique de la maladie.

Nous avons tenté de faire une revue générale des cas d'Invalidité Rhumatismale Chronique et nous avons volontairement omis les rhumatismes psoriasiques, les rhumatismes parkinsonniens, hémiplégiques, endocriniens, qui semblent à ranger dans d'autres rubriques statistiques.

Un peu à part cependant le *Rhumatisme Goutteux* est susceptible de prendre diverses formes et la Goutte Chronique Polyarticulaire est susceptible d'aboutir aussi à une invalidité permanente.

CHAPITRE IV

Position du problème de l'Invalidité rhumatismale dans les statistiques étrangères

Ainsi que nous l'avons dit, ce sont les pays les plus frappés par le Rhumatisme qui y ont d'abord porté toute leur attention et donné tous leurs soins. C'est donc d'abord dans les pays Scandinaves, puis en Hollande, au Danemark, en Allemagne et en Angleterre qu'ont été jetées les premières bases de cette étude. Des travaux multiples de maîtres étrangers illustres (sir Georges Newman, Alison Glover, Gunnar, Kahlmeter, etc.), des recherches diverses, il nous semble surtout intéressant de rapporter quelques chiffres, quelques statistiques qui, quoique souvent hétérogènes et sujets à bien des critiques fondées, n'en gardent pas moins une valeur instructive réelle.

En effet, nous permettant de juger de l'importance de l'atteinte de chacun des pays étrangers, de

l'effort de grande envergure dans le dépistage précoce, l'étude systématique, la thérapeutique et, autant que faire se peut, la prévention... ces chiffres nous fournissent encore la possibilité de la comparaison avec les nôtres.

Ainsi considérons un instant l'état de fait existant en Suède. On nous rapporte que la proportion des pensions accordées en ce pays pour Rhumatismes Articulaires Chroniques incurables atteint, pour les années 1918 et 1928, respectivement 9,1 pour 100 et 11,3 pour 100 du total des pensions alors qu'à titre de comparaison on n'en relève pour les mêmes années et pour Tuberculose pulmonaire que : 5,8 pour 100 et 5,4 pour 100. (Et ces chiffres nous sont fournis par Kahlmeter de la Direction d'Etat des Pensions-Assurances-Sociales-Invalidité).

Quant au Danemark, Jansen signale un pourcentage de 14 pour les pensions d'invalidité permanente de rhumatisants chroniques.

En Hollande, de Munster indique 9 pour 100 de pensions d'invalidité toujours pour même cause.

En Grande-Bretagne, pour l'année 1922 entre autres, le « Rhumatisme » a constitué les 16,7 pour 100 de toute l'Invalidité et le Rhumatisme Chronique à lui seul revendique, en Incapacité seulement, des conséquences plus lourdes que tuberculose et syphilis réunies.

Aux Etats-Unis, les statistiques ne prétendent pas à pareille éloquence, mais les taux paraissent encore fort élevés. Le Rhumatisme en bloc y représente « l'ennemi public n° 10 ».

Est-ce à dire que ces chiffres sont inexacts ? Non, sans doute. Mais nous ne manquerons pas de souligner qu'il faut leur appliquer quelques réserves :

— Ces statistiques sont dressées dans des pays différents sur des bases qui sont loin d'être comparables.

— La plupart d'entre elles ont été dressées en englobant tous les Rhumatismes, aigus et chroniques.

— Dans tous ces pays le concept de l'Invalidité n'est pas forcément le nôtre.

— La plupart de ces documents sont établis non par des médecins, mais par des services administratifs, qui restent influencés par des facteurs extra-scientifiques : règlements, lits disponibles, etc.

Quoiqu'il en soit le Rhumatisme en général semble présenter en moyenne le 1/10e de l'invalidité, du moins pour ces nations étrangères. Ce fléau social finit chez eux par prendre rang avant tout autre et, en Invalidité, Tuberculose et Cancer y font figure de parents pauvres.

Qu'à-t-il été fait par contre en France ? En fait ce sont des auteurs très connus, tels F. Françon, Lacapère, Weissenbach, qui ont levé le flambeau. Mais peu de documents statistiques existaient en France, peu de chiffres français ont été ajoutés ou produits.

Le point d'appui fut donc pris sur les chiffres, par trop éloquents quant à nous, venus de l'étranger. Nous l'avons déjà signalé : ces arguments n'étaient pas nôtres, et puis dans le rhumatisme tout était pris en bloc Risque-Invalidité et Risque-Maladie, enfin aucun aménagement n'était apporté, ni en faveur de nos éléments ethniques et climatiques, ni en considération de notre propre modus vivendi.

C'est pourquoi notre travail, dans sa modestie, prétend néanmoins, grâce aux statistiques régionales et décennales qu'a bien voulu nous confier M. le Professeur Bourhoure, parer à partie de ces inconvénients, tout en apportant à l'Invalidité rhumastimale française une charge moins lourde que celle de nos présomptions.

CHAPITRE V

Etude Médico-Sociale de l'Invalidité rhumatismale dans le Sud-Ouest de la France

Quel est donc le terrain de notre étude ?

La Collectivité choisie est celle représentant les travailleurs du « Commerce-Industrie » de la Sécurité Sociale. Certes, nous remarquons qu'échappent à notre enquête les salariés du secteur « agricole ». Mais nous pouvons affirmer que si ce travail ne donne qu'une vue limitée de la question il ne péchera pas par un manque d'exactitude.

Nous connaîtrons ainsi, le volume des soins et surtout la fréquence des formes graves entraînant, plus ou moins rapidement, l'Invalidité.

De plus, notons que nos statistiques se basent sur 10 années consécutives de 1938 à 1948 et que leur ampleur est suffisante, s'étendant sur sept départements : Haute-Garonne, Tarn, Tarn-et-Garonne, Lot, Gers, Ariège et Hautes-Pyrénées.

Enfin, pour parfaire notre étude, nous donnerons la statistique visant la fréquence du Rhumatisme Chronique en « Assurance-Maladie-Longue-Durée » pour les années 1947 et 1948 et ce, non seulement pour la Région de Toulouse, mais encore pour la France entière. Nous aurons l'occasion de démontrer que le pourcentage de cas de Rhumatisme Chronique des A.M.L.D. pour la France et pour la Région de Toulouse est en chiffre exactement superposable.

1. — Assurance - Invalidité

Afin de conserver au cours de cet exposé une vue suffisamment analytique nous avons préféré choisir une étude par département, avec groupage des 10 années, mais en conservant toutes distinctions possibles entre :

— le nombre de femmes et d'hommes atteints
— leurs catégories professionnelles respectives
— l'âge du début — l'âge moyen
— les formes cliniques ayant entraîné l'Invalidité, soit :

Rhumatisme Chronique déformant
Rhumatisme vertébral
Rhumatisme subaigu évolutif
Rhumatisme monoarticulaire
Rhumatisme musculaire inflammatoire

— le pourcentage d'Invalidité revenant au Rhumatisme Chronique
— les considérations ou remarques propres au département considéré.

I. — *Département de la Haute-Garonne*

De 1938 à 1948, 3.902 pensions d'Invalidité ont été accordées par la Caisse Régionale de Sécurité Sociale.

Sur ce nombre, 68 seulement procèdent du Rhumatisme Chronique, dont :

— 31 hommes (26 ouvriers et 5 employés)

— 37 femmes (22 ouvrières, 5 employées, 10 domestiques).

« L'âge de début » de la maladie varie :

— chez les hommes entre 29 et 53 ans

— chez les femmes entre 38 et 53 ans.

« L'âge moyen » est de :

— 43,5 pour les hommes

— 45,7 pour lse femmes.

Les formes cliniques y sont représentées de la façon suivante :

— 41 cas de Rhumatisme Chronique déformant
— 8 « « vertébral
— 8 « « monoarticulaire
— 7 « « subaigu évolutif
— 4 « « musculaire inflammatoire.

Donc nette prédominance du Rhumatisme Chronique déformant et de plus majorité de l'Invalidité revenant à la catégorie « ouvriers».

Enfin, remarquons que la Haute-Garonne a une population pour moitié urbaine.

Quant au pourcentage d'invalidité pour Rhumatismes Chroniques il reste sur 10 années à *1,74*.

2. — *Département du Tarn*

La Sécurité Sociale a accordé en tout pendant les 10 ans dont il a été question 1.287 pensions dont 36 seulement pour Invalidité Rhumatismale parmi lesquelles :

— 11 à des hommes (tous ouvriers)
— 25 à des femmes (17 ouvrières, 3 employées, 5 domestiques).

«L'âge de début » de la maladie varie :
— chez les hommes de 43 à 50 ans
— chez les femmes de 39 à 52 ans.
« L'âge moyen » est de 46,5 ans.

La répartition entre les différentes formes cliniques est la suivante :

— 24 cas de Rhumatisme Chronique déformant
— 7 « « vertébral
— 2 « « monoarticulaire
— 2 « « subaigu évolutif
— 1 « « musculaire inflammatoire.

Ici encore nette prédominance de l'Invalidité chez les manouvriers, quoique que dans le Tarn 1/10 de la population soit urbaine.

Les années 1938 et 1944 ont été sans « Invalidité ».

Quant au pourcentage d'Invalidité il s'établit à *2,79%*.

3. — *Département du Tarn-et-Garonne*

Sur les 637 pensions accordées ici nous ne notons que 21 invalides rhumatismaux.

— 12 pensions reviennent à des hommes (10 ouvriers, 2 employés)

— 9 à des femmes (9 ouvrières).

« L'âge de début » de la maladie oscille entre :

— 34 et 50 ans chez les hommes

— 37 et 50 ans chez les femmes.

« L'âge moyen » est de :

— 44,1 ans pour les hommes

— 45 ans pour les femmes.

Formes cliniques :

— 14 cas de Rhumatisme Chronique déformant
— 3 « « vertébral
— 3 « » subaigu évolutif
— 1 « « monoarticulaire.

Notons encore :

— la prédominance du Rhumatisme Chronique déformant

— la répartition de la population urbaine pour 1/6 seulement

— l'absence de cas d'Invalidité en 1939 et 1940.

Le pourcentage d'Invalidité est ici de *3,29%*.

4. — *Département du Gers*

323 pensions d'Invalidité ont été servies pendant la décade indiquée mais 4 seulement pour Rhumatisme Chronique, parmi lesquelles :

— 1 ouvrier
— 3 femmes dont 2 employées et 1 domestique.

« L'âge de début » est respectivement :
— de 58 ans chez l'homme
— de 43,5 ans en moyenne pour les femmes.

De plus les 4 cas sont des Rhumatismes Chroniques déformants.

A noter qu'aucun cas n'a été relevé dans les années 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945 et 1948.

Quant à la population, nous savons qu'elle est surtout représentée par des ruraux.

Ici, le taux d'Invalidité pour Rhumatisme Chronique est de *1,24%*.

5. — *Département de l'Ariège*

Sur 615 invalidités, 15 seulement pour Rhumatismes Chroniques, parmi lesquelles :

— 8 à des manouvriers
— 7 à des femmes (3 ouvrières, 3 domestiques, 1 employée).

L'âge de début s'établit :

— Pour les hommes entre 34 et 56 ans.
— Pour les femmes entre 31 et 49 ans.

Les Ages moyens respectifs de ces cas sont les suivants :

— 10 cas de Rhumatisme Chronique déformant
— 2 « « vertébral
— 2 « « musculaire inflammatoire
— 1 « « monoarticulaire.

La majorité des Rhumatismes Chroniques déformants est ici encore des plus nettes.

Aucun cas n'a été relevé en 1939, 1940, 1941 et 1947.

Le pourcentage d'invalidité s'établit donc pour ces 10 années à *2,44%*.

6. — *Département des Hautes-Pyrénées*

De 1938 à 1948, 901 pensions d'invalidité n'en ont comporte que 24 pour Rhumatimes Chroniques, dont :

— 15 hommes, tous ouvriers
— 9 femmes (2 ouvrières, 6 employées, 1 domestique)

« L'âge de début » se situe :

— entre 37 et 49 ans pour les hommes
— entre 33 et 58 ans pour les femmes.

« L'âge moyen » est de :

— 44,2 pour les hommes
— 47 pour les femmes.

Ont été relevés :

— 18 cas de Rhumatisme Chronique déformant
— 3 « « subaigu évolutif
— 2 « « vertébral
— 1 « « monoarticulaire.

Aucun cas en 1938, 1939 et 1940.

Donc, dans ce département, le pourcentage d'Invalidité envisagé s'établit à *2,66%* .

7. — *Département du Lot*

Dans la décade considérée, le Lot a eu 341 pensions d'Invalidité accordées. 8 seulement sont de causalité Rhumatismale, dont :

— 3 hommes (1 ouvrier et 2 employés)
— 5 femmes (4 ouvrières et 1 employée).

« L'âge de début » pour ces malades se place entre :

— 37 et 47 ans pour les hommes
— 36 et 46 ans pour les femmes.

« L'âge moyen » est de :

— 45,5 pour les hommes
— 40,7 pour les femmes.

Les formes anatomo-cliniques s'y distribuent comme suit :

— 6 cas de Rhumatisme Chronique déformant
— 1 « « sacro-vertébral
— 1 « « monoarticulaire.

Ici, encore, est infiniment nette cette prédominance du Rhumatisme Chronique déformant.

Les années 1938, 1940, 1941, 1942, 1944 et 1948 n'ont fourni aucun cas, parmi cette population essentiellement rurale.

Quant au pourcentage d'Invalidité pour Rhumatismes Chroniques il s'établit éloquemment encore à *2,34%*.

Ces chiffres éloquents par eux-mêmes ne peuvent avoir qu'un utile complément dans l'exposé de l'étude comparative en A.M.L.D.

II. — Assurance-Maladie-Longue-Durée

L'étude des statistiques en Assurance-Maladie-Longue-Durée, établies pour la totalité du territoire, ne peut être pour nous que du plus grand intérêt, portant en quelque sorte le débat d'un plan régional sur un plan à peu près national. Par contre, ces chiffres ne portent que sur les années 1947 et 1948. Mais nous espérons qu'ils constitueront quand même matière suffisante pour conviction.

A) *Année* 1947 :

1°. — Total des A.M.L.D. pour la France entière : 111.165; total des cas relevant de Rhumatisme Chronique : 3.345 ce qui établit un pourcentage à *3%*.

2°. — Total des A.M.L.D. pour la région de Toulouse : 1941; total des cas relevant de Rhumatisme Chronique : 67; soit, pourcentage à *3,45%*

B) *Année* 1948 :

1°. — Total des A.M.L.D. pour la France entière : 134.818; total des cas relevant de Rhumatisme Chronique : 3.858; pourcentage, *2,85%*.

2°. — Total des A.M.L.D. pour la région de Toulouse : 2.473; total des cas relevant de Rhumatisme Chronique : 55; pourcentage *2,23%*.

C) *Moyenne pour les années* 1947 *et* 1948 :

1°. —	A.M.L.D. France,	245.983	: 2 =	122.991,5
	Cas de Rh. Chr.	7.203	: 2 =	3.601,5
	Pourcentage	5,85	: 2 =	2,925
2° —	A.M.L.D. R. Tlse.	4.414	: 2 =	2.207
	Cas de Rh. Chr.	120	: 2 =	60
	Pourcentage	5,78	: 2 =	2,89

Ces résultats semblent nous dispenser de tout commentaire. Ces chiffres parlent seuls. Le simple fait que nous avons abouti à des résultats purement superposables implique, non seulement la rigoureuse exactitude des statistiques entre nos mains, mais bien plus encore, et ceci pourrait nous servir de conclusion, que, tous comptes faits, le Rhumatisme Chronique avec ses pourcentages d'invalidité variant partout et toujours entre 1,24 pour 100 et 3,45 pour 100 ne constitue pas, pour notre région de Toulouse, voire même pour la totalité de notre pays, le « fléau social » dont nous avons parlé ailleurs.

Conclusions

L'étude de la Statistique décennale, établie pour la période s'étendant de 1939 à 1948, montre que pour un total de : 8.006 pensions d'invalidité, accordées aux assurés sociaux du Secteur Commerce-Industrie, dans la Région de Toulouse (Haute-Garonne, Tarn, Tarn-et-Garonne, Lot, Ariège, Gers, Hautes-Pyrénées), 185 seulement étaient motivées par une incapacité de travail de longue durée due au Rhumatisme Chronique.

Le pourcentage global des cas d'invalidité, relevant de cette affection, atteint donc de ce fait, pour la même période et dans le même Secteur Régional, le taux de 2,31%.

Toutefois, le pourcentage « annuel moyen » varie suivant les années considérées puisqu'il passe de 0,40% en 1939, pour 493 P. I., à 4% en 1948, pour 669 P. I., ce qui semble bien indiquer un net accroissement de fréquence.

La moyenne décennale pour chaque Départe-

ment par rapport au nombre de P. I. peut ainsi être exprimée :

Haute-Garonne	: 68 cas	1,75%
Tarn	: 34 cas	2,64%
Tarn-et-Garonne	: 20 cas	3,13%
Lot	: 8 cas	2,34%
Gers	: 3 cas	0,92%
Ariège	: 14 cas	2,27%
H. P.	: 26 cas	2,88%

La moyenne annuelle, dans l'année de morbidité la plus élevée, atteint 3,25%.

On peut retenir de cette dernière statistique une indication de fréquence plus accusée dans les départements : du Tarn-et-Garonne, du Lot et des Hautes-Pyrénées. Par contre dans le Gers, département dont l'activité maxima se situe sur le plan agricole et qui, au double point de vue du climat et du sol, peut être considéré comme particulièrement « *sec* », la proportion des cas d'invalidité pour Rh. Chr. atteint le chiffre le plus bas : 0,92%.

Les différentes formes cliniques ont été observées dans les proportions suivantes :

Polyarthrite chronique évolutive	: 63%
Rh. Chr. vertébral	: 14%
Rh. Chr. monoarticulaire	: 7%
Rh. Chr. localisé aux membres inférieurs	: 4%
Rh. évolutif subaigu	: 12%

La prédominance dans le sexe féminin ne nous a pas parue aussi nette que l'affirment les classiques :

54% sexe féminin
46% sexe masculin

« L'âge moyen » des malades répondait :

Pour les hommes à 45 ans
Pour les femmes à 46 ans.

Au point de vue professionnel, la statistique indique :

Manouvriers :76,75%
Employés . : 12,43%
Domestiques : 10,82%

Pendant la même période décennale, de 1939 à 1948, le taux des Pensions d'Invalidité (maintenues) pour tuberculose, atteignait 8,67% et celui pour cancer 1,74%.

Certes, il y a lieu de remarquer que cette étude statistique ne porte que sur des assurés sociaux, c'est-à-dire, des salariés du Commerce-Industrie. Le secteur « agricole » n'a pu être prospecté. D'autre part le chiffre des sujets décédés ou guéris, n'a pu être pris en considération.

Quoiqu'il en soit, en estimant à 2,31% la moyenne annuelle des invalidités pour Rhumatisme Chronique et même à 4,75% celle pour les années 1947-1948 sur le plan A.M.L.D. — invalidité — il ne semble pas que le Rhumatisme Chronique puisse pour le moment être qualifié, au moins dans le secteur sud de la France, de véritable « Fléau Social » ni constituer un très grave danger pour l'équilibre financier des caisses.

Toutefois, la tendance à la multiplicité des soins, et même, il faut le dire nettement, à l'abus,

dans ce secteur de l'assurance maladie, constatés depuis la mise en application de la Sécurité Sociale, doit faire redouter une sérieuse augmentation des dépenses. Il y a là, pour l'avenir, une menace qui ne saurait être méconnue.

Le Président de la Thèse,
BOUNHOURE

Vu : *Le Doyen,*
LEFEBVRE

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 22 Juillet 1950,
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur et par Délégation
Le Doyen,
LEFEBVRE

Bibliographie

Bidault. — La maladie rhumatismale chez les ouvriers du bâtiment. — *Annales d'Hygiène Industrielle et Sociale* n° 6, juin 1937.

Coste et Hochfeld. — Revue du Rhumatisme 1947.

Cretin Georges. — Contribution à l'étude séméiologique et clinique des rhumatismes chroniques. — *Thèse,* Lyon 1941.

Dang Van Chin. — Le Rhumatisme Chronique, ses conséquences sociales, son traitement par la crénothérapie dans les Hôpitaux de Paris. — *Thèse,* Paris 1938.

Edstrom Gunnar. — Febris rhumatica. — *Thèse,* Ennd 1935.

Francon François. — Conférence clinique de rhumatologie pratique.

Francon François. — Le problème des affections rhumatismales en médecine sociale. — *L'Hôpital* n° 163, mars 1926.

Gaucher Maurice-Jean. — Le Rhumatisme Chronique progressif généralisé. — *Thèse,* Paris 1934.

JAFFRE Yves. — Contribution à l'étude de la prophylaxie du Rhumatisme et de ses conséquences sociales. — *Thèse,* Paris 1937.

LAYANI. — *Revue de Rhumatologie,* octobre 1945.

MORA Pierre. — Contribution à l'étude du Rhumatisme Chronique progressif généralisé. — *Thèse,* Toulouse 1938.

NOUVEAU TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE tome II.— 2 Rhumatismes Chroniques. — Paris, *Doin et Cie* 1928.

OLIVIERO Manuel. — Contribution à l'étude des condition d'apparition des différentes variétés de rhumatismes. — *Thèse,* Paris 1938.

RAMOND. — *Conférences de clinique médicale,* 7ème tome.

ROQUES Madeleine. -- La maladie de Bouillaud dans l'étiologie des rhumatismes chroniques. — *Thèse,* Toulouse 1948.

WEISSENBACH et FRANCON. — Un grand fléau social. Les affections rhumatismales. — *La Vie Médicale,* février 1949.

WEISSENBACH, PERLER et FRANCON. — *Revue du Rhumatisme* 1947.

Gunnar KAHLMETER. — *Manuel de Rhumatologie.* Traduit du suédois par E. Soderlindh et J. Forestier.

J. A. LIEIRE. — Les Rhumatismes. — Extrait de la *Semaine des Hôpitaux* n° 34 du 2 mai 1948, p. 1101.

J. FORESTIER. — Le Traitement des Rhumatismes Chroniques.

J. LACAPERE. — Les Rhumatismes : symptômes et traitement.

R. Weissenbach, R. Merklen et Fr. Francon. — *Journal Méd. Français,* tome XXVII n° 4, Ar. 38. — *Les Coxarthries.*

Camik. — L'arthrite déformante de l'articulation de la hanche et son traitement. — *Acta Orthopedica Scandinavica,* vol. 4, fasc. 3.

F. Francon. — L'importance sociale de la Coxarthrie. — *Arch. de Rhumatologie,* tome II, n° 8, octobre 1937.

Imprimerie Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières,

A. a 75 Dép. lég. 3e trim. 50